

OTROS CONCEPTOS

mona 40 RB "Tu mamá y hermano político" 15730.
 ento 18 RB "Tus Sobrinos de la familia" 88'00.
 ento 18 RB "Tus Sobrinos de la familia" 88'00.
 SP. TR. Li. 365

entro mod 2: Familia **PAGADO** TRV
 SP. TR. Li. 365

18
 ZACA DE SEPULTURA 12

FALLECIDO: **Jesús GONZÁLEZ NOORE**

Fecha de fallecimiento **13-MARZO-2025**

Domicilio **HOSPITAL DE CONXO**

Teléfonos: **667263746 (Pá.Jesús)**

E-mail: **chus.gonzalez33@gmail.com**

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida 5'90"	
Capilla ardiente CONPLEJO-RATAIN	Sala Prep. SI Libro SI	
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado HOSPITAL CONXO - CONPLEJO		
CONPLEJO Nº 2 VIERNES		
Prensa		
Radio VIERNES		
Recordatorios fúnebres / tarjetas ZACA BISELADA (18x12)		155'00
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo Recepción cura (6:30 Coleto)		
Certificado médico SI	Registro Civil: SI	
Carroza	Personal Recepción	
Ayunt.º Sepultura	SEPULTURA 5159	
Iglesia	CAPILLA CONPLEJO	
Incineración	Urea: Balsa fentao	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino SI	
Cantores SI	Funeral: DOAO 99181	X60
Flores 1 cor 40 RB "Ty esposa"		
1 cor 40 RB "Tulipa e hijo político"		
Ac 18 RB (c.) "Sara e Isma"		
☒ Sudario ☒ Cubrefuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

ST-434
 913906917
 574 4067

FALLECIDO: Nombre JESÚS GONZÁLEZ NOURE D.N.I. Nº 33 145723-D
id. de los padres JUAN / MARÍA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 10 - DICIEMBRE - 1938
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RUA DALLON 23, 1º
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 11:30 horas del día 13 de DARZO de 2025
Domicilio HOSPITAL DE CONXO.
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

D/ña. JESÚS GONZÁLEZ NOURE EL SEÑOR (vecino de Mallon, Santiago)
(jubilado de Penosa)

falleció en _____ en el día de _____ a los 86 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa Maria del Carmen Castro Carbineiras.

Hijos Maria Jesús González Castro

Hijos políticos Ismael Villar Iglesias

Padres NO

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos JUAN (+), Marija y Vicente (+) González Nouré.

Hermanos políticos (Si)
p. Sara e Ismael Nieto político; Rubén

Nietos _____ Bisnietos NO Tíos NO Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

IDESPAIV188314233145723D<<<<<<
3812103M9901018ESP<<<<<<<<<5
GONZALEZ<MOURE<<JESUS<<<<<<<<

IDESPBDV189445233183250T<<<<<<
4603029F9901018ESP<<<<<<<<<<6
CASTRO<CASTINEIRAS<<MARIA<DE<C

DECLARANTE (esposa)

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELLIDO
GONZALEZ

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
MOURE

NOMBRE / NOME
JESUS

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
10 12 1938

IDESP
AIV188314

VALIDO HASTA / VALIDO ATÁ
01 01 9999

GMJ

DNI NÚM.
33145723D



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA / PROVÍNCIA
A CORUÑA

NOMBRE DE PUEBLO DE
JUAN / MARIA

STREET / RUA
RUA. MALLOU 23 P01

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

EQUIPO / EQUIPO
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAIV188314233145723D<<<<<<<
3812103M9901018ESP<<<<<<<<<<<5
GONZALEZ<MOURE<<JESUS<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ES

REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI **33281135C**

APELLIDOS / APELIDOS
GONZALEZ CASTRO

NOMBRE / NOME
MARIA JESUS

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

NACIMIENTO / NASCIMENTO
29 09 1970

EMISIÓN / EMISSÃO VALIDEZ / VALIDEZ
27 12 2023 27 12 2033

NUM. SOPORTE
CHA172290

919936

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. MELIDE DE 41 P01 A SANTIAGO DE COMPOSTELA A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA A CORUÑA

HUJIA DE / FILLOA DE
JESUS / MARIA DEL CARMEN

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPCHA172290633281135C<<<<<<<
7009297F3312278ESP<<<<<<<<<<<0
GONZALEZ<CASTRO<<MARIA<JESUS<<

DECLARANTE (HIJA)



A CORUÑA
Colegio de



Colexio de

105696089

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. X-CARREU 64402 TENDRADO
D./Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número _____
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en _____, co número _____
 y con ejercicio profesional en HOSPITAL PROVINCIAL DE CONXO
 e con exercicio profesional en _____

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

0	8	3	7	9	5	4		
---	---	---	---	---	---	---	--	--

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: J E S U S
Nome do falecido/a:

1er Apellido del fallecido/a: G O N Z A L E Z
1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a: M O U R E
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 10 Mes 12 Año 1938 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Data de naixement Dia Mes Ano Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33145723-0
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 11 : 30 Día 13 Mes 03 Año 2021
 Hora e data da defunción Hora : minutos 11 : 30 Día 13 Mes 03 Ano 2021

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En que concello ocorreu a defunción?: SAUTADAC

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
 Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Otro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / **Causas de defunción** (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) SEPSIS URINARIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RENAL GRAVE

Debido a/Debido a

[illegible]

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)

C	A	R	C	I	N	O	M	A		U	R	O	T	E	L	I	A	L		U	E	J	I	G	A				
E	S	T	A	D	I	O		I	V																				

Horas	Días	Meses	Años

II. Otros procesos⁵ / Outros processos⁵

																				Horas		Días		Meses		Años	
																				Horas		Días		Meses		Años	

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houbo indicios de morte violenta?
 Si/Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica?/Practicouse autopsia clínica?
Sí/Si ☐ No/Non ☒

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / A defunción ocorreuu como consecuencia directa ou indirecta de?:

Accidente de tráfico No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
 Accidente de tráfico Si/Sí ☐ Accidente laboral Si/Sí ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Dia Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineración condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En SAUTAGO, a 13 de FEARZO de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la **causa Inmediata** y se termine por la **causa Inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras "debido a" que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y éste a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan solo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pola **causa Inmediata** e se remate coa **causa Inicial ou fundamental**, é dicir, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras "debido a" que facilitan a comprensión do concepto de **secuencia lóxica**, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior ou igual a I.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado(o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Outras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JESÚS GONZÁLEZ MOURE
, con documento identificativo DNI, 33145723D según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 13 DE MARZO DE 2025
a las 11:30 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona
reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a 14 DE MARZO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
14/03/2025 11:21

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:jbZD-\$DxV-XvKt-kX3z

